

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结(大全8篇)

在经济发展迅速的今天，报告不再是罕见的东西，报告中提到的所有信息应该是准确无误的。怎样写报告才更能起到其作用呢？报告应该怎么制定呢？下面我给大家整理了一些优秀的报告范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看看吧。

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇一

一、转变工作作风、树立服务观念 医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务，不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保

人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

二、突出经营意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工
作。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止；二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位个，占应参保单位的，参保职工人，占应参保人数的，其中在职人，退休人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金万元，其中单位缴费万元，个人缴费万元，共收缴大病统筹基金万元，其中单位缴纳万元，个人缴纳万元。

三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受

医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由人扩大到人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工人，其中在职人员人，退休人员人，退休人员与在职职工的比例为：，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡。

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求；二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病

历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计年申请住院的参保患者人，其中县内住院人，转诊转院人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率，大病发生人数占参保人员的%，大病占疾病发生率的；住院医疗费用发生额为万元，报销金额为万元，其中基本医疗保险统筹基金报销万元，基金支出占基金收入的，大病统筹基金报销万元，支出占大病统筹基金收入的。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

五、周密安排，圆满完成门诊特殊疾病申报鉴定工作。

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给

退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员名，不符合申报条件人员人(其中不符合十种慢性疾病种类人，无诊断证明或其他材料的人。二是组织专家鉴定组对符合申报鉴定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院名副主任医师，名主治医师和北京友谊医院名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不能直接确定患有门诊特殊疾病人员，在月日月日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有人(其中检查不合格者人，未参加检查者人。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病鉴定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

六、个人账户管理规范化、现代化。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。经统计年共向个人账户划入资金万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为万元。为方便广大参保患者门诊就医，在个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共

支出金额为元，划卡人次为人次，个人账户余额为万元。

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。

年工作设想：

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

范文仅供参考 感谢浏览

医疗保险财务工作总结

医疗保险工作计划

医疗保险承诺书

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇二

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。

制作标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广

大患者明白自己的就医流程。

建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理细则定期考核。

设有医保政策宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保政策宣传单2000余份。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

2017年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40%左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，根据指出的问题和不足我院立即采取措施整改。

加强了门诊及住院病人的管理，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次违规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。

ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

严格按协议规定存放处方及病历，病历及时归档保存，门诊处方按照医保要求妥善保管。

对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费

用一日清单制。

对超出医保范围药品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

医保科发挥良好的沟通桥梁作用。在医、患双方政策理解上发生冲突时，医保科根据相关政策和规定站在公正的立场上当好裁判，以实事求是的态度作好双方的沟通解释，对临床医务人员重点是政策的宣讲，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到统一的认识，切实维护了参保人的利益。

与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。今年10月份，及时更新了2017年医保基本用药数据库及诊疗项目价格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，系统运行安全，未发现病毒感染及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。

工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善

现象;有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚,偶尔有模棱两可的现象。对参保人群宣传不够,部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。这些是我们认识到的不足之处,今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时向医保中心请教,以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员,配合医院质控部门考评医疗保险服务工作(服务态度、医疗质量、费用控制等)。

2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。

3、进一步规范和提高医疗文书的书写质量,做到合理检查、合理用药。每季度召开医院医保工作协调会,总结分析和整改近期工作中存在的问题,把各项政策、措施落到实处。

4、申请每年外派2-3名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇三

一、高度重视,加强领导,完善医保管理责任体系

接到通知要求后,我院立即成立以***为组长,医务科、医保科工作人员为组员的自查领导小组,对照有关标准,查找不足,积极整改。我们知道基本医疗是社会保障体系的一个重要组成部分,深化基本医疗保险制度政策,是社会主义市场经济发展的必然要求,是保障职工基本医疗,提高职工健康水平的重要措施。我院历来高度重视医疗保险工作,成立专门的管理小组,健全管理制度,多次召开专题会议进行研究部署,定期对医师进行医保培训。医保工作年初有计划,定期总结医保工作,分析参保患者的医疗及费用情况。

二、规范管理,实现医保服务标准化、制度化、规范化

几年来，在区人劳局和社保局的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、住院流程、医疗保险工作制度。设置基本医疗保险政策宣传栏和投诉箱；编印基本医疗保险宣传资料；热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保患者的投诉。在医院显要位置公布医保就医流程、方便参保患者就医购药；设立医保患者交费、结算等专用窗口。简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。参保职工就诊住院时严格进行身份识别，杜绝冒名就诊和冒名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药；无伪造、更改病历现象。积极配合医保经办机构对诊疗过程及医疗费用进行监督、审核并及时提供需要查阅的医疗档案及有关资料。严格执行有关部门制定的收费标准，无自立项目收费或抬高收费标准。

加强医疗保险政策宣传，以科室为单位经常性组织学习，使每位医护人员更加熟悉目录，成为医保政策的宣传者、讲解者、执行者，受到了广大参保人的好评。

三、强化管理，为参保人员就医提供质量保证

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。认真落实首诊医师负责制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难、危重、死亡病例讨论制度、术前讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度、技术准入制度等医疗核心制度。二是在强化核心制度落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。普遍健全完善了医疗质量管理控制体系、考核评价体系及激励约束机制，实行院、科、组三级医疗质量管理责任制，把医疗质量管理目标层层分解，责任到人，将检查、监督关口前移，深入到临床一线及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。规范早交接班、主任查房及病例讨论等流程。重新规范了医师的处方权，经考核考试分别授予普通处方权、医保处方权、医学专用处方权、输血处方权。为加强手术安全风险控制，认真组织了手术资格准入考核考试，

对参加手术人员进行了理论考试和手术观摩。三是员工熟记核心医疗制度，并在实际的临床工作中严格执行。积极学习先进的医学知识，提高自身的专业技术水平，提高医疗质量，为患者服好务，同时加强人文知识和礼仪知识的学习和培养，增强自身的沟通技巧。四是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。对住院病历进行评分，科主任审核初评，医院质控再次审核。同时积极开展病历质量检查和评比活动，病历质量和运行得到了有效监控，医疗质量有了显著提高。五是强化安全意识，医患关系日趋和谐。我院不断加强医疗安全教育，提高质量责任意识，规范医疗操作规程，建立健全医患沟通制度，采取多种方式加强与病人的交流，耐心细致地向病人交待或解释病情。慎于术前，精于术中，严于术后。进一步优化服务流程，方便病人就医。通过调整科室布局，增加服务窗口，简化就医环节，缩短病人等候时间。门诊大厅设立导医咨询台，配备饮水、电话、轮椅等服务设施。设立门诊总服务台为病人提供信息指导和就医服务，及时解决病人就诊时遇到的各种困难。实行导医服务、陪诊服务和首诊负责制，规范服务用语，加强护理礼仪的培训，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。通过一系列的用心服务，客服部在定期进行病人满意度调查中，病人满意度一直在98%以上。

四、加强住院管理，规范了住院程序及收费结算

为了加强医疗保险工作规范化管理，使医疗保险各项政策规定得到全面落实。经治医师均做到因病施治，合理检查，合理用药。强化病历质量管理，严格执行首诊医师负责制，规范临床用药，经治医师要根据临床需要和医保政策规定，自觉使用安全有效，价格合理的《药品目录》内的药品。因病情确需使用《药品目录》外的自费药品，[特]定药品，乙类药品以及需自负部分费用的医用材料和有关自费项目，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了自费知情同意书，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，严格执行五率标准，自费药品占总药品费的10%以下；平均个人负担部分不超

过发生医疗费用额的30%。

五、严格执行省、市物价部门的收费标准

医疗费用是参保病人另一关注的焦点。我院坚持费用清单制度，让参保人明明白白消费。

六、系统的维护及管理

医院重视保险信息管理系统的维护与管理，及时排除医院信息管理系统障碍，保证系统正常运行，根据社保局的要求由计算机技术专门管理人员负责，要求医保专用计算机严格按照规定专机专用，遇有问题及时与医疗保险处联系，不能因程序发生问题而导致医疗费用不能结算问题的发生，保证参保人及时、快速的结算。

我们始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人的赞扬，收到了良好的社会效益和经济效益。

经严格对照《**市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》等文件要求自查，我院符合医疗保险定点医疗机构的设置和要求。

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇四

药品费用、目录外自费药品均控制在政策规定范围。

为更好地接受社会的监督，我院在门诊和住院部设立了“投诉箱”，公布了举报电话，并及时收集患者意见和建议，不断改进我院医保管理工作。

二、加强政策法规学习，做好医保知识宣传：为了让医护人员熟悉和了解医保政策法规，以便更全面的服务参保患者，医院利用召开全院职工大会及晨会的时间，多次开展医疗保险知识的学习，及时传达医疗保险新政策新规定。10月8日医保科组织了一次全院职工的医保政策培训，让所有医务人员了解政策，熟悉政策，更好地为参保患者服务。为提高医务人员服务意识，医院还组织了医保政策及规范化服务、处方管理及抗菌药物应用等多次知识的测试，测试成绩均达标。同时，医院及时更新医疗保险知识宣传栏内容，面向职工及患者公示就医流程及主要检查、治疗、药品的收费标准等，方便患者就医；医保保管理人员还经常亲临病房，解答参保患者疑问，让广大参保患者对医疗保险有更充分的认识，在就诊时有更明确的方向。

三、加强医保定点宣传力度，扩大医院在参保人群中的影响：让广大参保人了解我院为医保定点服务单位，认识到我院技术、人才、服务、价格等就诊优势，让参保眼疾患者享受到更为专业的医疗服务，医院利用体检、会议、义诊等机会，发放科普宣传材料，扩大医院对外交流协作及影响，提高医院在医保参保人群中的认同率，以期让更多的参保人接受我院专业、高效、优质的眼科专科服务。

计划从以下几个方面开展好医保工作：

一、加强与医保局的联系，严格贯彻执行各项医疗政策法规，按照“定点医疗机构服务协议”操作，加强医务人员医保政策法规的学习培训和考试，及时通报医疗保险新政策，提高服务质量，改善就医环境和服务态度，积极配合医保局的各项工作。

二、进一步充实和健全医院医保管理制度和工作职责，根据需求和医保新法规，设立医保宣传栏，让参保人员能及时了解医保新信息。

三、规范操作运行程序，根据临床需要适当补充一些常用药品或检查设备，尽可能满足患者就医的需要。

四、加大宣传力度，进一步扩大医院对外影响，争取与各县（市）医保局签订服务协议，利用医院人才、服务、价格、技术优势为更多的参保人员提供专业化的眼科医疗服务，并按照规定，内部定期组织服务质量检查，发现问题，进行及时有效整改。

五、号召全体职工重视医保工作，积极支持医保工作，争创医保“a”级定点医疗机构。

二〇一一年十二月三十一日

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇五

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单20xx多份、《健康之路》刊物3000多份，同时，还通过上门服务、电话联系、实地走访以及召开座谈会等形式进行宣传，取得了较好的效果；截止11月底，全县医疗保险参保单位210个，参保人数7472人，完成市政府下达任务的104，其中：企、事业和条块管理参保单位39个，参保人员1211人。

我县坚持“以人为本”的科学发展观，加大工作力度，已初步构筑了多层次的医疗保障体系：一是从20xx年7月起全面启动了我县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高；二是出台了《x县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题；三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，

在全市创新地出台了《x县重点优抚对象医疗保障实施办法》(试行),对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续,使他们享受了“三重保险”;城镇户籍的重点优抚对象,按基本医疗保险的有关规定办理,337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

我县基本医疗保险基金总量小,参保人员少,只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫,才能确保基金的安全运行:一是建立了定点机构信用等级评议制度,出台了《我县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法》,客观公正地对定点机构实行信用等级管理,建立了准入退出机制,引导其恪守诚信、规范运作;二是加强了医疗费用的报销管理,出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》,同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程;三是通过建立“四项制度”,做好“五项服务”等措施,强化了医疗保险服务意识,转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风,切实提高了医疗保险工作管理水平。“四项制度”是:社会监督员制度,聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员,进行明察暗访,主要监督贯彻医保政策、“两个定点”机构及经办机构的服务质量是否违规等;定期通报制度,在醒目地段定期公布各网点主要药品价格、住院人均费用、药品费用、自费费用等;定点机构联系会议制度,召开定点机构座谈会,定期通报医保信息,采取各种方式,加强沟通,保证参保人员的切身利益;审计公开制度,定期请审计、财政部门对前期财务进行审计,发现问题及时纠正,保障医保基金的正常运行。“五项服务”是:即时服务,公开医保政策咨询电话、个人账户查询电话、开通触摸屏,做到随时查询各项数据;上门服务,对有意参保单位、个人和定点医疗机构,将上门做好各项工作;异地服务,通过医疗保险网络的服务功能,采用灵活的方式,对参保人员实行异地托管等,方便参保人员就近就诊;日常查访服务,不定期进行住院查访服务,把各种医保政策向住院患者宣传,纠正违规行为;监督服务,通过医保网络观察住院患者的用药情况,实行适

时监控，发现问题，及时纠正。

一年来，在基金管理方面，进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，主动邀请财政、审计部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；在基金征缴方面，主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳，都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施，今年1-11月医疗保险基金收入380万元，当期征缴率达99.5，较上年增加75万元，增长19；基金支出310万元，当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元；统筹基金累计结余59万元，个人帐户累计结累145万元。

四是紧紧围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1-11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇；五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。

2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。

3、进一步加强对“两个定点”的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

- 1、加大宣传力度，全方位、多层次、多渠道地宣传医疗保险政策、业务经办流程，使医保政策不断深入人心，为医保护面工作营造良好的外部环境。
- 2、千方百计扩大医保覆盖面，重点是中央、省、市驻县单位和外资、民营企业，同时，在灵活就业人员、农民工和城镇居民参保上要有新的突破。全年参保人数达到9000人，力争9500人。
- 3、充分运用我县多层次的医疗保障体系，把握灵活的参保原则，采取“分类指导、区别对待、降低门槛、逐步吸纳”的方式，切实解决失地农民、进城务工人员、城镇居民、困难企业人员的医疗保险问题。
- 4、进一步完善定点机构考核指标体系和准入制度，做好定点协议服务管理，督促定点机构严格执行“三个目录”，为参保患者提供优质服务；同时，充分发挥医保义务监督员的作用，以监督定点机构的服务行为，降低不合理费用的支出，维护参保人员的切身利益，不断理顺医、保、患三者的关系。
- 5、进一步完善医疗保险费用结算办法，建立健全基金预算、决算制度，加强医保基金的预算、分析、控制、决算和稽核、检查工作，确保基金的安全运行。
- 6、充分发挥我县医疗保险计算机网络的作用，加强对“两个定点”的管理和基金的监控，真正发挥计算机网络日常经办、协助监管、帮助决策的功能，使管理更加科学化、规范化。
- 7、做好工伤、生育保险经办工作，加大工伤、生育保险的扩面力度，建立健全工伤、生育经办流程，规范待遇审核支付工作。
- 8、不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力和综合分析能力、经办能力、组织能力和协调

能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇六

工作总结结束语怎么写？下面，我们从几篇优秀的工作总结范文中提炼出了几种工作结尾的模板，希望大家能从中领略到如何写好工作总结结尾。

范例一：

充分发挥政协的独特优势，切实做好各项联谊工作。加强联谊交往，增强人民政协的凝聚力，要充分发挥人民政协作为最广泛的爱国统一战线组织的作用，求同存异，把不同党派、不同阶层、不同民族、不同信仰的人在爱国主义和社会主义的旗帜下团结起来，团结一切可以团结的力量，在实现祖国统一和振兴中华的大目标下凝聚起来，努力增进全县人民的大团结、大联合。进一步加强海内外联谊，多渠道、多形式地做好对外联系工作。广交新朋友，不忘老朋友，为不断扩大我县最广泛的爱国统一战线作贡献。充分发挥政协的特点和优势，不断开辟、拓宽对外开放的新渠道、新领域，为我县经济发展和社会进步做出新成绩。

范例二：

我们三位老师也经过了从生疏到磨合再到心领神会的转变过程，大家鼎力配合、和谐相处，从孩子们身上，我们也学到了很多，他们稚嫩的心灵，他们活跃的思维，他们调皮的表情，曾经有过多少次的感动、惊喜与微笑，就像“猜猜我有多爱你”那样，我们竭尽全力爱孩子们，孩子们同样用最大的进步来回报，为你们开心、为你们骄傲、为你们喝彩，为我们美好的幼儿园生活加油！在接下来的工作中，我们会做好09年上半年工作总结及计划，争取将工作做到更好。

范例三：

近半年的工作中，我通过实践学到了许多房地产的相关知识，通过不断的学习逐步提高了自己的业务水平。但是作为新人，我深深知道，自己经验还是相对欠缺的，需要不断的学习和磨练。因此，在新的一年里，我希望通过到销售第一线的不断学习和实践，做好个人工作计划，在现场不断增加自己的经验和见识，争取使自己的业务水平提到一个更高的高度，为公司多做贡献。

范例四：

探索创新是青年人应有的职责，也是社会向高层次发展的必由之路。我顺应时代付于给我们的历史重任，做好人事工作计划，参与人事电脑操作培训，勇于在人事工作方面多使用现代化的武器，不断寻找能人事工作的科学性和规范性，力求能在人事的工作领域寻找出一点有价值的东西。

总之，我无愧于一个人民教师，共产党员的光荣称号，无愧于学校领导所委托的重任。

阅读本文的人还阅读了：[月工作总结怎么写](#) [怎么写个人工作总结](#)

1.工作总结ppt结束语

2.工作总结结束语句

3.教师工作总结结束语

4.月工作总结结束语

5.月度工作总结结束语

6.销售工作总结结束语

7.工作总结报告结束语

8.工作总结结束语名言

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇七

我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”的重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在日常工作中，我主要负责工伤保险申报登记等日常事务性工作。在领导的带领下，我们利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日，走上街头，采取咨询、宣传单等多种形式，就工伤保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇等进行了大力宣传，取得了较好的效果。在今后的工作中，我将继续努力，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立工伤保险机构的新形象努力。

医疗保险总结报告 年医疗保险工作总结篇八

为了加强和规范城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理,根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号),制定本办法。本文是医疗保险定点药店的工作总结,仅供参考。

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌和江苏省医疗零售企业统一“绿十字”标识。在店堂内显著位置悬挂统一制作的“医疗保险政策宣传框”,设立了医保意见箱和投诉箱,公布了医保监督电话。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》以及从业人员的执业证明。

三、我店已通过省药监局《药品经营质量管理规范gsp》认证,并按要求建立健全了药品质量管理领导小组,制定了管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度,并建立与此相配套的档案资料。

四、努力改善服务态度,提高服务质量,药师(质量负责人)坚持在职在岗,为群众选药、购药提供健康咨询服务,营业人员仪表端庄,热情接待顾客,让他们买到安全、放心的药品,使医保定点药店成为面向社会的文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风,规范医

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台、发票。销售处方药时凭处方销售,且经本店药师审核后方可调配和销售,同时审核、调配、销售人员均在处方上签字,处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格,参保人员购药时,

无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述□20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医保定点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好□20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我市医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

在医保中心各位领导的英明领导下，转眼间一个年度的工作结束了，现将一年的工作总结汇报，请上级领导给与指正。

澠池县医药总公司同仁大药房是我县规模较大的一家医药超市，主要经营：中药、西药、中成药、中药饮片、化学药制剂、抗生素、生化药品、生物制品等经营品种达5000余种，店内宽敞明亮，药品干净整洁，经营品种齐全，分类明确，能够满足绝大多数参保人员需求。

在日常经营过程中，我们严格遵守《中华人民共和国药品管理法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险暂行办法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》以及相关的法律法规，严格按照国家、省规定的药品价格政策。店内严把质量关，规范进货渠道，进货验货记录完善，无过期药品，在历次的药品质量检查、抽查过程中没有发现一例假劣产品，在社会上享有良好的口碑。在药品价格方面，货进源头，直接与厂家合作进货的优势使本店的药品绝大多数低于市场价格，对于办理有本店会员卡的参保人员，在原有价格的基础上可再次享受9.8折优惠。

店内建立有健全的医保机构，由本店总经理直接领导负责医保工作，设立有两人专职负责的医保管理机构，并对其进行

定期的业务、服务技能培训，保证系统正常运转，及时上传、下载数据，并在服务过程中提倡“四心”“四声”服务，为参保人员营造一个良好的购药环境。同时在刷卡过程中严禁用医保基金购买支付范围以外的药品，杜绝在刷卡过程中刷卡金额和现金购药价格不一致等不良情况。

自本店成为定点药店后，在医保中心的正确领导下，始终从严要求自己，完全服从医保中心的领导，以“一切为了顾客，做顾客的健康使者”为经营宗旨，在刷卡服务过程中尽全力满足顾客需求。从20xx年6月至20xx年5月，我店的刷卡人数为：54152人，总费用为：2614231.88元，平均每人费用为：48.27元，其中非处方药品费用为：1978658.8元，处方药品费用为：635573.08元。

我们知道我们的工作做得还不够，在今后的工作中我们将在医保中心正确领导下，齐心协力，文明服务，严格按章相关法律、法规工作，维护国家利益和广大参保人员的利益，把医疗保险工作做得更好，为我县医疗保险工作再上一个新台阶做出应有的贡献。

为了进一步加强我市城镇职工基本医疗保险机构的服务管理，健全和完善管理制度，规范医疗机构的服务性行为，保证参保职工的合法权益，根据《昌吉州城镇职工基本医疗保险定点医疗机构、零售药店管理办法》（昌州政办发[20xx]8号），近年来我市积极采取各种措施，加强定点医疗机构、定点零售药店管理。

一、加强组织领导，确保监督管理到位。

我局定点医疗机构、定点零售药店，日常管理和重点检查考核相结合，每年定期考核成立由于药监、社保、审计、财政等部门参与的考核领导小组，由我局主要领导带队，对主要定点医疗机构的运行情况进行监管，日常工作由我局劳动保障监察大队负责，对定点医疗机构执行服务协议情况、社会

保险缴纳、用工情况进行综合性的监督检查。建立了比较完善的管理和监管机构，确保定点医疗机构管理到位。

二、多种形式加强监管，保障基金安全。

一是不定期的召开定点医疗机构管理工作会议，及时传达并学习州市关于定点医疗机构、定点零售药店的相关政策；二是对定点医疗机构严格实行准入制。对定点医疗机构的审批严格执行准入标准，确定审批程序和规则，严格按照审批条件确定定点医疗机构，凡是具备资质的医疗机构必须按照政策规定严格界定执业范围，严禁超范围执业。三是对定点医疗机构实行“考核制”。采取日常考核和定期考核相结合，定期深入定点医疗机构检查相关规定执行情况，及时纠正违规行为，限期整改问题。

三、不断加强医疗服务管理、提高服务质量。

我市各定点医疗机构积极通过各种措施不断提高服务水平，严格执行首诊负责制度，在合理用药、合理检查、合理治疗，能够严格审核医疗保险手册，杜绝“挂名住院”行为的发生。我市定点医院能不断强化医务人员的质量安全意识，规范医疗行为。制定了《控制社会保险住院费用管理规定》，对于超标的科室进行处罚，严格控制各项指标。市中医院根据医保政策制定了《关于基本医疗保险定点医疗服务机构医疗服务协议管理措施》及“关于慢性病的有关规定”，严格执行，保证各项指标在控制范围之内。各定点医院动能严格按照《自治区医疗服务价格》的收费标准收费，对住院患者施行一日清单制。各类费用中检查费用的比例下降，住院费用自费费用呈下降趋势，医保患者门诊和出院带药都能严格按照规定执行。目录内药品备药率和使用率均达到标准，各项指标控制在约定范围内。医疗服务水平逐步提高，转院率呈下降趋势。

四、加强慢性病审批管理

一是严格掌握城镇职工门诊慢性病鉴定标准。各定点医院成立鉴定领导小组，由副主任医师以上人员参与，确认慢性病病种、审批认定病种时间及各项相关检查项目，认真做好门诊慢性病年审鉴定服务工作；二是对编造病历、夸大病情，提供假化验单以及在检查时作弊等行为一经发现要严格进行查处，并取消其慢性病待遇资格；三是慢性病鉴定实行公示制度。对所有慢性病患者鉴定结果实行公示制度，接受群众监督。

五、存在的问题

1、定点医疗机构和定点零售药店成为慢性病定点医疗机构、定点零售药店后，处方不规范。

2、职业药师数量较少，多数定点药店只有一名执业药师，不能保障营业时间在岗，对于患者指导合理购药、用药方面做得不够。

今后我们还要进一步加大对定点医院的监督检查管理力度，坚决打击各种违规行为，确保我市基本医疗保险工作健康发展。